

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1925-1926 — N° 49

SUR

UNE VARIÉTÉ DE KYSTES

des Mésocolons accolés

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand MAXIMIN

Né le 15 Octobre 1894, à Marseille (Bouches-du-Rhône)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Décembre 1925

SUR
UNE VARIÉTÉ DE KYSTES
DES MÉSOCOLONS ACCOLÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1925-1926 — N° 49

SUR

UNE VARIÉTÉ DE KYSTES

des Mésocolons accolés

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Fernand MAXIMIN

Né le 15 Octobre 1894, à Marseille (Bouches-du-Rhône)



LYON
IMPRIMERIE L. BASCOU
42-44, Rue Sala, 42-44

Décembre 1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ

Doyen MM. J. LEPINE.

Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.	LÉPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.	NOVÉ JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie.	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.	MARTIN (Etienne).
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL,
— Urologie	GAYET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et Hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUROUX	FAVRE	CHALIER (André)
GARIN	TRILLAT	BONNET	CHALIER (Joseph)
SAVY	SARVONAT	RHENTER	NOEL
FROMENT	FLORENCE (G.)	LEULIER	CORDIER (Pierre)
THÉVENOT (Lucien)	ROCHAIX	MAZEL	
PIÉRY	CORDIER (V.)	SANTY	
COTTE	ROUBIER	DUNET	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PATEL, Président ; DUROUX, Assesseur ;
MM. DUNET et CHALIER (A.), Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. PATEL

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse
et il nous fait l'honneur de la présider. Qu'il
trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

A MES JUGES

INTRODUCTION

Les kystes du mésentère ont été depuis longtemps l'objet de nombreux travaux et il pourrait sembler superflu d'y revenir. Nous ne croyons pourtant pas inutile de reprendre, dans cette thèse, l'étude d'une variété très particulière de ces kystes. En effet, sous ce titre général, on englobe des formations extrêmement diverses dont la plupart seront exclues de notre description. C'est ainsi qu'on y comprend d'abord les formations kystiques du mésentère jejuno-iléal, du mésocôlon transverse, mésos libres et flottants. A côté de celles-ci, on a décrit des tumeurs dermoïdes, des lymphangiomes, kystiques, des kystes Wolfiens, pararéniaux, hydatiques ou même des kystes d'autres organes (kystes pancréatiques) que leur développement a placés par hasard derrière la portion accolée des mésocolons ; mais l'apparition de ces tumeurs n'est nullement fonction de la morphogénèse du péritoine. Nous laisserons de côté dans notre travail toutes ces formations bien connues.

Nous nous attacherons au contraire à l'étude des kystes séreux rétropéritonéaux dont le développement, comme nous le verrons plus loin, semble directement lié au processus d'accolement des mésocolons. Il s'agit là, en effet, d'une forme plus rare, dont la pathogénie reste discutée, et qui, pour ces raisons a fixé notre attention et nous a semblé mériter des recherches nouvelles. L'idée de ce travail nous a été donnée par Monsieur le Professeur Patel, à l'occasion d'un cas récemment opéré par lui : nous nous proposons de présenter une étude anatomo-clinique de ces kystes, tirée des quelques observations que nous en avons pu rassembler, en même temps qu'un essai de pathogénie, dont les travaux de Drucbert et de Cunéo constitueront la plus large part.

Qu'il nous soit permis, au début de cette thèse, de remercier tous nos maîtres qui nous ont aidé, par leur précieux enseignement et par leur bienveillant accueil, à atteindre le terme de nos études. Nous tenons en particulier à exprimer ici notre reconnaissance à Monsieur le Professeur Patel qui nous inspira le sujet de cette thèse ; à Monsieur le Professeur Pic qui fût notre premier maître dans les Hôpitaux et dont les conseils nous furent tant de fois précieux : nous n'oublierons jamais les soins éclairés qu'il prodigua à notre famille et la bonté avec laquelle il nous reçut lors de notre retour de captivité.

Il nous est enfin particulièrement agréable de témoigner ici notre plus vive gratitude, ainsi que l'assurance de notre profonde et très sincère amitié, à notre cousin le Docteur Jean Creyssel, Ancien

Interne des Hôpitaux, et à notre charmante cousine Madame Jean Creyssel, Ex-Interne provisoire des Hôpitaux, qui, fraternellement et avec l'aimable spontanéité qui leur est coutumière, nous prodiguèrent, durant toutes nos études, des conseils précieux et soutenus.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les kystes séreux des mésocolons ne furent vraiment individualisés qu'à partir de l'étude remarquable qu'en fit *Drucbert* en 1908 dans les Archives générales de Chirurgie. On ne peut nier cependant, qu'avant cette période il ait été question des kystes séreux parmi les ouvrages ayant trait aux kystes du mésentère, mais une certaine confusion régnait à leur sujet, surtout depuis que *Brakehaye* en 1892 les avait groupés, avec les kystes chyleux, sous le nom de kystes lymphatiques. *Augagneur*, en 1886, dans sa Thèse d'Agrégation, répartissait les kystes du mésentère en kystes séreux, chyleux, hémorragiques et dermoïdes, mais bien que, parmi ses observations, il en rapportât une empruntée à *Watts* qui, sans discussion, concerne un kyste par défaut d'accolement du mésocôlon, il ne tentait en aucune façon de dégager la pathogénie particulière des kystes séreux.

Les travaux de *Hahn*, un an plus tard, n'apportèrent aucune lumière sur la question.

Studgaard, en 1894, puis *Pagentescher*, en 1895, ajoutèrent à cette classification, des travaux sur les entérokystes; cette question reprise par *Eve*, *Müller*, *Quensel*, puis mise au point par *Terrier* et *Lecène*, en 1904, fut remaniée encore en 1906 par *Colmers*.

En même temps, d'autres auteurs, *Dowd* (en 1900), *Niosi*, s'occupaient des kystes d'origine embryonnaire (kystes Wolfiens), mais il fallut arriver aux études de *Drucbert*, en 1908, et de *Cunéo*, en 1909, pour voir s'isoler de ce groupe des kystes du mésentère à origines multiples, les kystes séreux rétronésocoliques, qu'une pathogénie spéciale individualisait nettement.

Cependant, cette classe resta relativement peu étudiée, malgré un chapitre que *Bauer* leur consacre, et, il nous faut arriver à la très remarquable étude de *Proust* et *Monod*, en 1910, pour les trouver enfin rangés dans une catégorie spéciale, et étudiés isolément. C'est pourquoi nous croyons utile de reproduire ici quelques passages de cette étude :

« Au milieu des difficultés d'interprétation, disent-ils, deux articles sont venus jeter beaucoup de lumière sur la question, ce sont ceux de *Drucbert* et de *Cunéo*, qui proposent, pour expliquer les kystes séreux, une hypothèse qui consiste à admettre que ces formations se développent aux dépens des débris épithéliaux persistant après la coalescence des différents segments du mésentère primitif avec le péritoine pariétal postérieur. La marche de ce processus de coales-

cence, telle que l'ont décrite récemment *Ancel* et *Cavaillon*, explique parfaitement que des zones plus ou moins étendues d'endothélium puissent persister et être ultérieurement le point de départ des kystes, tout comme les restes du canal péritonéo-vaginal donnent naissance à des kystes du cordon (*Cunéo*). »

« Sans généraliser, ajoutent-ils, cette ingénieuse hypothèse à l'ensemble des kystes dits séreux, on doit admettre qu'elle en explique un certain nombre. Chose intéressante, les kystes décrits comme séreux par les auteurs, n'ont presque jamais de localisation intramésentérique. Ils siègent presque toujours au niveau des mésos secondaires, ou dans l'espace rétropéritonéal. Parmi ces derniers, deux classes sont évidemment à distinguer : l'une, qui comprend des kystes qui ont l'apparence rétropéritonéale, mais qui, en réalité, sont compris entre deux zones d'accolement et dont la genèse doit incontestablement recevoir l'explication proposée par *Drucbert* et *Cunéo*, et, d'autre part, la classe des kystes rétropéritonéaux vrais, qui ont bien une apparence séreuse, mais qui, vraisemblablement, sont des kystes lymphatiques ou des kystes Wolfiens. »

Plus récemment encore, nous trouvons dans les *Bulletins* de la Société Anatomique de 1920, la très intéressante présentation de *Georges Pélissier* au sujet d'un kyste séro-hématique congénital développé en arrière du côlon ascendant chez une enfant de 3 ans.

Nous ne saurions enfin terminer cette historique sans rappeler la présentation du Professeur

Patel à la Société de Chirurgie de Lyon et au Congrès de Chirurgie de 1925.

L'historique est évidemment brève dans cette question des kystes séreux des mésocolons accolés, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'une affection rare et, il faut l'avouer, qui ne fut vraiment individualisée qu'à partir des travaux de *Drucbert* et de *Cunéo*.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(PATEL, Soc. Chir. Lyon, juin 1925; Lyon Chir.)

Tumeur de la fosse iliaque droite, sans aucun signe fonctionnel chez une jeune femme de 23 ans, simulant un rein ptosé et hydronéphrotique. Intervention: exérèse par voie parapéritonéale antérieure: il s'agit d'un kyste séreux rétropéritonéal développé aux dépens du mésocôlon ascendant. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 23 ans, sans passé pathologique. Deux grossesses, la dernière il y a un an, suites de couches normales.

Elle vient consulter pour une masse apparue dans la fosse iliaque droite: progressivement, cette masse, nettement perçue par elle, a augmenté de volume. Elle ne s'est accompagnée d'aucun signe fonctionnel: aucun trouble d'ordre urinaire, aucune douleur, aucun symptôme intestinal.

A l'examen de l'abdomen, on constate en effet, à la palpation de la fosse iliaque droite, l'existence d'une masse du volume d'une tête fœtale, peu mobile, de consistance kystique, sonore à la percussion antérieure. Cette masse ne donne pas nettement la sensation de contact lombaire. Elle appa-

rat nettement comme sous-péritonéale. On pense à un rein abaissé et hydronéphrotique. Mais l'examen urétéral, par le cathétérisme cytoscopique, reste absolument négatif : il ne peut donc s'agir d'une lésion rénale. On fait le diagnostic probable de kyste pararénal.

L'examen général est négatif; rien à signaler par ailleurs.

On décide donc d'intervenir par voie antérieure parapéritonéale : longue incision iliaque droite, décollement du péritoine pariétal de la fosse iliaque : on tombe sur une masse kystique, du volume d'un gros poing, rétropéritonéale et rétrocolique. Elle se sépare très facilement, par un plan de clivage très net, des organes voisins. On ne rencontre, au cours de cette dissection, aucun pédicule.

La masse est donc extirpée sans difficulté : toute hémotase est inutile. Fermeture sans drainage, à trois plans.

Suites parfaites : la malade quitte la clinique moins de quinze jours après l'intervention.

L'examen de la pièce montrait une poche kystique à paroi mince, lisse et tendue, finement vascularisée, laissant voir par transparence un liquide à peu près limpide, légèrement citrin, sans aucun aspect chyleux ou laiteux.

A l'ouverture, la paroi présentait une face interne lisse et unie, légèrement brillante, et douce au toucher, sans aucune trace de cloisons de division, sans aucune saillie, sans aucun épaissement. — Liquide séreux : l'analyse chimique n'a pu être faite.

L'examen histologique de la paroi a, par contre, donné les résultats suivants (Docteur Vachez) : paroi formée d'une couche de tissu conjonctif dense, faiblement vasculaire, revêtue à sa face interne d'un endothélium aplati.

OBSERVATION II

(WATTS. *Les Kystes du mésocôlon.*) — (*The American Journal of Obstetric and diseases of women and Children*, 1879, vol. XII, p. 333.)

Tumeur kystique médiane de l'abdomen, sans signes fonc-

tionnels ni généraux, chez une femme de 38 ans. — Laparotomie: kyste développé derrière de mésocôlon descendant accolé. Annexes saines. — Exérèse à travers une incision du mésocôlon, marsupialisation, mèche. Mort par septicémie.

Mme O... H., âgée de 38 ans, fut admise à l'Hôpital Roosevelt en avril 1878 et elle raconte l'histoire suivante :

Elle avait toujours eu une bonne santé jusqu'à l'actuelle maladie. La menstruation avait commencé à 15 ans, depuis les règles avaient toujours été normales. — Mariée à 27 ans, elle eut 4 enfants.

Depuis la naissance de son dernier enfant, il y a 18 mois, les règles avaient toujours été régulières, jusqu'à ces six derniers mois où elles ne sont venues que deux fois. Aucun trouble de la défécation et de la miction.

Depuis la naissance de son premier enfant, il y a 10 ans, elle avait noté une saillie de forme oblongue, sur la ligne médiane, entre la symphyse pubienne et l'ombilic, complètement mobile dans l'abdomen, indolore, et dont le volume n'a pas augmenté jusqu'à maintenant (éventration probable).

Il y a 16 mois, environ deux mois après la naissance de son dernier enfant, apparut une tumeur ronde, dure, sur la ligne médiane et se projetant au-dessus de la symphyse pubienne, tumeur qui a augmenté de volume et déplacé à gauche la petite masse molle et qui est indolore, sauf à la pression.

L'an dernier la patiente a perdu ses forces rapidement et a maigri; elle a peu d'appétit, sa langue est chargée, elle se plaint de constipation. Le pouls est moyen. Rien dans les urines.

Examen physique. — L'abdomen est occupé par une tumeur sphérique, élastique et fluctuante, dont les parois sont tendues.

Matité à la percussion sur la tumeur, sonorité au-dessus et dans les flancs. La tumeur est mobile et semble s'étendre juste au-dessous de la peau comme si elle avait passé à travers une ouverture de la ligne blanche. La peau, au-dessus, est si lâche qu'elle peut être étirée assez loin et que la tumeur

semble apparemment être tirée hors de l'abdomen par la main qui presse au-dessous.

Sur la partie gauche du kyste, et adhérente à lui, se trouve la petite masse molle mentionnée par la malade, qui est évidemment l'intestin et probablement le côlon. On se rend compte que la tumeur est indépendante de l'utérus qui semble parfaitement normal.

On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire, confirmé par le Docteur Emmet qui vit la malade en consultation, et l'ablation est décidée et consentie par la patiente. — Cette opération est pratiquée le 4 mai 1878. Malade endormie à l'éther. Incision à travers la peau de la ligne blanche. On voit qu'il n'y pas de fenêtre, mais simplement une extrême minceur de ce tendon.

Après avoir séparé le péritoine, la tumeur est exposée et on trouve qu'elle siège entre les deux feuillets du mésocôlon, le côlon descendant s'étendant sur la partie gauche de la tumeur et étant attaché à sa face postérieure.

On procède à l'énucléation de la tumeur de sa position entre les deux feuillets du mésocôlon, l'opinion étant que le kyste s'est développé aux dépens de l'ovaire gauche dans une direction inaccoutumée, derrière le péritoine. La couverture péritonéale de la partie gauche est divisée et le kyste est attiré au dehors : il n'y a pas de pédicule. Après la sortie du kyste, l'ovaire gauche que l'on n'avait pas pu sentir est trouvé dans sa position et normal comme à droite.

La cavité est soigneusement époncée, mais on rencontre un suintement considérable de ses parois, et les bords de l'incision du mésocôlon, qui est fermé avec une suture aux fils d'argent, sont marsupialisés, et dans un angle plus bas on glisse une mèche.

On pensait ainsi que le sang qui suinterait tomberait dans la cavité péritonéale, à travers un orifice du mésocôlon qui avait été laissé ouvert et qu'ainsi il pourrait s'évacuer. Pouls normal après l'opération.

Le 5 mai, la mèche est enlevée. Douleur au côté gauche de l'abdomen, qui est très ballonné. Température : 102 Fahrenheit. Langue sèche et chargée. On enlève la mèche, puis on

passé un cathéter dans le cul-de-sac de Douglas, mais on ne trouve pas de liquide:

Le 8 mai, la malade ne se plaint pas, elle mange, mais la température monte; à 10 h. 30, elle est à 104 Fahrenheit. — Malgré les affusions d'eau à 88° Fahrenheit, on n'obtient pas de résultat, la malade s'affaiblit, elle devient comateuse et la température atteint 106° Fahrenheit deux heures avant la mort.

Autopsie. — Tous les organes sont parfaitement normaux. La surface du péritoine est sèche, congestionnée et dépolie par places. L'utérus et les ovaires sont en position normale. Il n'y a pas d'exsudation sur le péritoine. On note un petit kyste de l'ovaire gauche. Derrière le côlon descendant et l'anse sigmoïde et en arrière et en avant de la ligne d'incision, on remarque une large cavité de 12 pouces de long, dont les parois sont formées: en arrière par un épaissement du tissu sous-péritonéal lâche et du fascia lombaire, extérieurement et intérieurement par la mésocôlon, et antérieurement par le côlon et le mésocôlon.

La cavité est partiellement remplie avec un récent coagulum de fibrine mais ne contient aucune substance décomposée. Le liquide du kyste est reconnu par le Docteur Delafield pour être du sérum clair. Ni pus, ni liquide en décomposition ne sont trouvés dans la cavité péritonéale.

L'impression générale est que la mort est survenue par septicémie.

OBSERVATION III

(G. CAVINA. *Sur un cas de kyste séreux rétropéritonéal.*

Bulletino delle Scienze Mediche. XCV, X, vol. I,
janvier-février 1923, p. 33-42.)

Enorme tumeur kystique de l'abdomen, à début dans la fosse iliaque droite, chez une femme de 50 ans, sans signes fonctionnels prise pour un kyste de l'ovaire. Laparotomie : il s'agit d'un kyste rétropéritonéal derrière le mésocôlon ascendant. Exérèse partielle, marsupialisation, guérison.

Une femme de 50 ans, sans aucun antécédent morbide, constate une tuméfaction dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. Pendant trois ans, cette tuméfaction s'accroît jusqu'à atteindre l'appendice xyphoïde en haut et la fosse iliaque gauche latéralement, simulant ainsi un très volumineux kyste de l'ovaire. — Cette évolution n'est accompagnée d'aucun malaise.

A la palpation : consistance élastique.

A la percussion : matité dans toute sa surface.

Toucher rectal et vaginal sans résultat.

Mobilité de la tumeur avec les mouvements respiratoires.

Intervention. — Enorme kyste occupant presque toute la cavité abdominale, encadré en haut et sur les côtés par le gros intestin. Un trocart vide la poche. On constate qu'elle est indépendante des annexes; elle a un siège rétro-péritonéal en partie comprise entre les feuillets du mésocôlon transverse. Elle tient en arrière par une large base d'implantation à la paroi postérieure de l'abdomen. On résèque partiellement la poche. Marsupialisation.

Guérison rapide qui s'est maintenue.

Examen du liquide. — Séreux. Albumine. Rien de particulier.

Paroi. — Epaisse sur les côtés de 2 à 5 mm.

Face antérieure : 2 cm. 7.

Face externe : bleuâtre.

Face interne : blanche, luisante.

En coupe. — Tissu fibreux. Trois couches :

Interne : faisceaux conjonctifs massifs, noyaux rares; aucun revêtement épithélial ni endothélial.

Moyenne : plus épaisse. Fibres conjonctives et fibro-cellules lisses. Vaisseaux sanguins nombreux. Quelques éléments lymphatiques. Amas lymphocytaires en follicules entourés d'éléments musculaires lisses.

Externe : mince couche fibreuse à noyaux rares.

Diagnostic. — Difficile. Sa mobilité exceptionnelle est expliquée par son siège partiellement mésocolique. Matité générale de la cavité, énorme.

Diagnostic microscopique. — Elimine les kystes dermoïdes, hématiques ou parasitaires. De même pour les tumeurs d'ori-

gine surrénale ou Wolfienne. Il n'y a pas de cellules caliciformes, ce qui élimine l'entérocytome. Donc c'est un kyste lymphatique ou séreux.

OBSERVATION IV

(DRUCBERT. *Kystes séreux du mésentère*. Lille. Arch. gén. Chir., février 1908. T. I., p. 141.)

Tumeur kystique de la fosse iliaque droite chez une femme de 38 ans, ayant présenté quelques crises douloureuses à type d'entéocolite. Laparotomie: kyste rétromésocolique, derrière le mésocôlon ascendant. Exérèse par voie sous-péritonéale: il s'agit d'un kyste séreux d'origine péritonéale. Guérison.

Il s'agit d'une femme de 38 ans. Dans les antécédents on note trois accouchements à terme et sans incident: le dernier date de seize ans. La malade est bien réglée, sauf ces derniers temps où la durée des règles a décru de quatre jours à un jour. — Pas de maladie antérieure sauf des leucorrhées et quelques crises douloureuses à type d'entéocolite sans selles sanglantes.

Depuis seize mois, la malade a constaté la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une tumeur qui paraît à l'examen grosse comme le poing, lisse, arrondie, rénitente, mobile. On pense à une tumeur kystique des annexes droites ou à un myome sous-péritonéal pédiculé.

Intervention. — La malade étant en position de Trendelenburg, la tumeur remonte aussitôt vers l'hypochondre et l'inexactitude du diagnostic apparaît.

On fait une laparotomie médiane: on constate alors qu'il s'agit d'un kyste, siégeant le long du bord interne du côlon ascendant, à son origine près de l'abouchement de l'iléon dans le cæcum.

Les nombreux vaisseaux qui passaient sur la face antérieure du kyste rendaient dangereuse, pour la vitalité de l'intestin, une extirpation directe (transpéritonéale). On se

décide donc à détacher la tumeur par l'espace rétropéritonéal. Incision du péritoine le long du bord externe du côlon ascendant, mobilisation de ce côlon qui est récliné vers la gauche. On clive alors facilement le kyste d'avec la fosse iliaque droite. On a un peu plus de peine à le détacher du mésocôlon, surtout en un point de la paroi où s'implantaient de nombreux petits vaisseaux venant du mésocôlon : on doit les lier et les sectionner.

Après ablation de la tumeur, on peut, en examinant la loge, constater une petite brèche péritonéale qu'on referme. Drainage du flanc droit. Guérison sans incident.

Examen de la pièce. — Le kyste est constitué par une paroi fibreuse, mince, tapissée intérieurement d'un endothélium semblable à celui du péritoine, sans cloisons ni formations d'aspect caverneux, comme on en voit dans les lymphangiomes.

Le contenu est limpide, un peu citrin et renferme un peu d'albumine et de chlorure de sodium.

Réflexions. — Les caractères du liquide, l'aspect lisse de la paroi, font éliminer pour le diagnostic l'hypothèse de lymphangiome kystique. D'après nos connaissances sur l'embryologie du côlon, on conclut que c'est un kyste d'origine péritonéale, formation du même ordre qu'une fossette paracolique ou intersigmoïde, ou qu'une arrière cavité, ou encore qu'un kyste du cordon ou canal de Nüch; amas de sérosité dans une cavité préexistante, tapissée intérieurement de séreuse péritonéale.

OBSERVATION V

(CUNÉO. *Un cas de kyste « dit du mésentère »*. Arch. gén. méd., 1909, page 65.)

Volumineuse tumeur kystique médiane de l'abdomen chez une femme de 31 ans, avec crises douloureuses violentes, sans réaction péritonéale, prise pour un kyste de l'ovaire. Laparatomie: il s'agit d'un kyste séreux rétromésocolique gauche. Exérèse par voie sous-péritonéale. Guérison,

Mme D... Louise, âgée de 31 ans, entre à l'hôpital le 27 août 1906.

Depuis quatre ans cette malade a remarqué que son ventre augmentait progressivement de volume. Elle s'est aperçue de cette augmentation à la suite d'une grossesse et en raison des phénomènes douloureux qui ont fait leur apparition à cette époque. Ces phénomènes douloureux ont constitué depuis, le symptôme le plus caractéristique. Ils se manifestent sous la forme d'une douleur en barre, survenant par crises, et occupant la partie inférieure de l'abdomen, sans prédilection spéciale pour un des côtés. — La crise douloureuse apparaît généralement quand la malade est debout et dure une demi-heure. Elle disparaît quand Mme D... se couche sur le côté droit ou sur le ventre. Elle s'exaspère au contraire par le décubitus dorsal. — La palpation du ventre n'éveille aucune sensibilité.

Les troubles digestifs sont peu marqués. L'appétit est conservé. Il existe un peu de constipation. Même au moment des crises, il ne se produit jamais de vomissements.

Jusqu'à ces derniers temps les règles ont été normales. Mais, depuis quelques mois, les menstruations sont devenues irrégulières sans cependant s'accompagner de douleurs. Par contre, la barre abdominale devenait de plus en plus pénible, et c'est ce qui a déterminé la malade à entrer à l'hôpital.

Il n'y a rien de particulier à noter dans les antécédents, sauf deux grossesses dont la dernière remonte à quatre ans. — Les deux enfants sont bien portants et l'accouchement n'a présenté aucune difficulté.

A l'examen. — On se trouve en présence d'une femme dont l'état général paraît excellent, bien qu'elle déclare avoir maigri depuis quelques mois.

On est immédiatement frappé par l'augmentation de volume du ventre : celui-ci est uniformément distendu. Il n'existe aucune asymétrie. L'ombilic n'est pas saillant; on ne trouve pas de circulation veineuse collatérale.

La palpation n'éveille aucune douleur. Elle permet de constater la présence d'une masse très volumineuse, remplissant toute la partie inférieure de l'abdomen et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette masse est nette-

ment fluctuante, sa surface est régulière, sa mobilité à peu près nulle.

A la percussion la tumeur est mate. Mais la bande de sonorité colique n'est pas recherchée avec soin.

Le toucher montre un utérus de volume normal avec un col légèrement déchiré et un corps mobile bien distinct de la masse abdominale.

On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Opération 4 septembre 1906. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on constate que la tumeur kystique est absolument indépendante des annexes et est placée en arrière du péritoine intestinal. L'intestin grêle est rejeté à droite, le côlon descendant refoulé à gauche et la face antérieure du kyste croisée par les vaisseaux coliques gauches. On pense à un kyste séreux appartenant au groupe des kystes dits du mésentère.

Pensant qu'il s'agit en l'espèce d'un kyste développé aux dépens des débris séreux ménagés au moment de la coalescence du mésocôlon descendant avec le péritoine pariétal postérieur, nous renonçons à aborder la tumeur en passant au travers de l'un des intervalles limités par les branches des vaisseaux coliques gauches et nous décidons de pratiquer le décollement du mésocôlon descendant.

Après avoir incisé le péritoine en dehors et au ras du côlon descendant, nous procédons avec la plus grande facilité au décollement de ce segment de l'intestin et de son méso vasculaire et nous mettons ainsi à nu la face antérieure de la masse kystique. — Nous réduisons alors le volume de celle-ci, en aspirant la plus grande partie de son contenu, et nous achevons de détacher la poche, des organes placés en arrière d'elle. — Cet isolement s'exécute très aisément sans provoquer la moindre hémorragie. On peut ainsi achever l'ablation de la tumeur sans placer une seule ligature. Le côlon est remplacé dans sa situation initiale, et l'incision du péritoine postérieur est suturée, sauf au niveau du point qui livre passage à un drain qui pénètre dans la cavité de décollement.

Suture en trois plans.

Le drain est enlevé le deuxième jour. Guérison sans incident.

Examen macroscopique. — La tumeur est constituée par une poche unique dont l'épaisseur assez uniforme varie entre 6 à 8 mm.

Sa surface externe est gris-bleuté. Sa face profonde est noirâtre et par places d'aspect feuilleté rappelant l'aspect de la tunique vaginale dans un cas d'hématocèle.

Le liquide contenu dans la poche, et dont la quantité n'a pas été mesurée, est noirâtre, peu ou pas visqueux et présente un reflet brillant dû à de nombreuses paillettes de cholestérine.

Examen histologique. — Pratiqué par M. Millian a montré que la paroi du kyste était formée par un tissu fibreux dense, contenant de nombreux vaisseaux. La nitratisation a permis de constater par places un revêtement endothélial mal conservé.

L'examen chimique n'a pas permis d'y retrouver des traces de ferment pancréatique

OBSERVATION VI

(De M. Georges PÉLISSIER, *Kyste séro-hématique congénital paramésentérique développé en arrière du côlon ascendant.* Bulletin Soc. Anat., 1920.)

Très volumineux kyste du mésocôlon ascendant chez une enfant de 3 ans simulant un kyste hydatique. Exérèse incomplète, marsupialisation, guérison.

Yvonne E..., 3 ans, entre le 18 janvier 1915 dans le service de M. le Professeur Curtillet.

Il y a une dizaine de jours, sa mère s'est aperçue que l'enfant avait une tuméfaction au côté droit du ventre. La fillette avait fait une chute cinq ou 6 jours auparavant.

Ni la malade, ni ses ascendants ou collatéraux n'ont d'antécédents pathologiques.

A l'examen, on voit tout de suite une voussure du flanc droit étendue du rebord costal à la crête iliaque. Cette voussure a une courbe régulière. La peau qui la recouvre est de

coloration normale. Il n'y a pas de circulation collatérale. La palpation permet de délimiter cette tumeur qui descend en bas jusqu'à la ligne bi-épineuse, dépasse de deux travers de doigt la ligne médiane, fait une grosse saillie dans le flanc, et semble en continuité avec le foie.

En avant de la tumeur, on sent rouler sous le doigt un rouleau intestinal à direction verticale. Est-ce le côlon ascendant ?

La tumeur est régulièrement arrondie et lisse. Elle est nettement fluctuante. On peut mettre en évidence un frémissement hydatique très net. La tumeur n'a aucune mobilité, elle donne le contact lombaire. Elle n'est pas douloureuse. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. La percussion fait entendre une matité qui se continue avec la matité hépatique, mais le phonendoscope placé sur le foie, ne reçoit pas les vibrations produites par le frottement de la tumeur.

L'appareil respiratoire est normal, de même que les appareils digestif et urinaire. Ni sucre ni albumine. Le diagnostic probable était : kyste hydatique sous-hépatique développé soit dans le rein droit, soit plutôt à la face inférieure du foie. Mais la réaction de fixation deux fois répétée fut douteuse et négative.

L'examen radioscopique n'apporte aucune notion nouvelle sinon que la tumeur était encore plus volumineuse qu'on n'eût pensé à la palpation. Sous le foie il existait une ombre limitée en dehors par une courbe régulière et d'un gris à peine plus foncé que l'angle hépatique, descendant jusqu'à l'os iliaque, en contiguité sinon en continuité avec le foie. Les limites de la tumeur vers la ligne médiane n'étaient pas franches. Le gros intestin ni l'estomac n'ont été insufflés. En position latérale, la masse liquide allait de l'une à l'autre paroi, d'avant en arrière.

On opère la malade, incertain du diagnostic, pour tumeur kystique sous-hépatique. Opération le 23 janvier 1915. Aide : M. Lehlicht.

Laparotomie latérale sur le bord du grand droit. Le ventre ouvert, la tumeur se présente tout de suite sans interposition d'intestin, mais partout recouverte de péritoine. Le côlon ascendant est au-devant d'elle, rejeté vers la ligne médiane.

Le mésocôlon ascendant la recouvre en grande partie. On la ponctionne immédiatement en dehors du côlon avec une seringue et une aiguille fine. Liquide séro-hématique. Sans vider la tumeur, on essaye d'amorcer le décollement colomésocolique. Ce n'est pas facile. Il n'y a nulle part de plan de clivage net. On sépare cependant le mésocôlon de la tumeur sur quelques centimètres, mais, dans ce ventre exigu d'enfant de trois ans, l'énorme masse liquide gêne beaucoup. On vide alors le kyste par ponction et retire un peu plus d'un litre et demi de liquide séreux rosé.

On ouvre alors largement la poche, et on se rend compte par l'exploration intérieure de son étendue considérable. En arrière, elle est au-devant et au contact du rein droit, elle débordé largement la ligne médiane au-devant de la colonne vertébrale et des gros vaisseaux. On voit et sent battre l'aorte immédiatement sous la paroi postérieure du kyste. Il semble téméraire de poursuivre un clivage difficile sur une surface aussi considérable et au contact de dangereux voisins. On prélève un fragment de la poche kystique pour l'examen. On exclut la grande cavité péritonéale et marsupialise la poche. Drainage.

Suites opératoires. — Quelques incidents. On a visé à atteindre trois objectifs : atténuer la suppuration, empêcher la rétention, et détruire tout revêtement épithélial, cause essentielle de récurrence. Les lavages à l'éther, le siphonage de la poche, les attouchements au formol et au nitrate d'argent ont été concurremment employés.

La malade était guérie le 3 mai 1915.

CHAPITRE III

RAPPEL ANATOMIQUE ET EMBRYOLOGIQUE

Au début de cette étude il nous semble nécessaire de présenter un bref rappel de l'anatomie des méso-colons ascendant et descendant, et de leur mode de formation.

En effet, cet exposé est utile pour comprendre la pathogénie que nous exposerons plus loin. Nous rappellerons à ce sujet, très brièvement, les théories classiques, et celles plus récentes, pour lesquelles nous ne saurions faire mieux que de résumer le remarquable article d'*Ancel* et *Cavaillon*, paru en 1907 à l'Association des Anatomistes.

ANATOMIE. — La plupart du temps, chez l'adulte, la paroi postérieure du côlon ascendant, adhère de façon assez lâche à la paroi abdominale, au rein droit et au duodénum, sans qu'il existe un méso véritable; dans ces cas-là, le péritoine ne recouvre guère

que les deux tiers de sa circonférence; à droite le feuillet droit se prolonge au-devant du rein droit, tandis que le feuillet opposé, se dirigeant vers la gauche, passe sur le duodénum et va former le feuillet droit du mésentère. En arrière, le côlon ascendant repose donc indirectement sur la face antérieure de l'extrémité inférieure du rein droit et le muscle carré des lombes dont il est séparé par le feuillet de Toldt et du tissu cellulo-grasieux.

Dans des cas beaucoup plus rares il existe un véritable méso plus ou moins long que nous ne décrirons pas. Le côlon descendant de même ne possède de véritable méso que dans 15 % des cas environ. Comme son homologue il n'est revêtu de péritoine que sur les deux tiers de sa circonférence et sa face postérieure est accolée au péritoine pariétal. Le feuillet droit de son péritoine est formé par le feuillet gauche du mésentère qui contourne l'organe jusqu'à son côté externe pour aller se poursuivre sur la paroi abdominale latérale. Cette absence de méso, si fréquente au niveau des côlons ascendant et descendant, est due à un processus d'accolement que nous allons étudier, car c'est de lui que dépendra la formation des kystes séreux qui sont l'objet de notre travail.

EMBRYOLOGIE. — Nous n'insisterons pas sur le mode de formation de l'intestin et du mésentère. Le point qui nous intéresse est seulement le mode d'accolement des côlons ascendant et descendant. Depuis Toldt on considère que le mésentère commun commence par se souder le long d'une ligne oblique qui

suit l'artère mésentérique qui se trouve ainsi former la racine du mésentère. Ce dernier se trouve ainsi divisé en deux parties : à gauche le mésentère définitif, à droit le mésocolon ascendant.

Ce méso disparaît plus tard, en se soudant au péritoine pariétal, et cette coalescence se ferait de haut

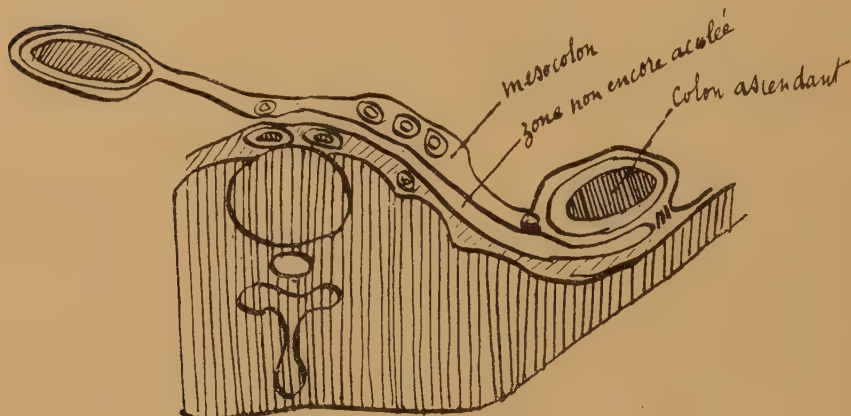


Fig. 1. — Accolement du mésocolon ascendant.

Début du processus par accolement du bord externe du colon.

(D'après Ancel et Cavaillon)

en bas et de dedans en dehors. L'existence d'un méso véritable serait donc simplement la persistance d'un dispositif du type fœtal; si l'accolement se poursuit plus loin tout en restant incomplet, des diverticules ou des fossettes témoignent de cette interruption. Telles sont les données classiques.

Or, pour *Ancel* et *Cavaillon*, le mode de formation est tout autre. Pour eux la soudure du côlon ascendant au péritoine pariétal précède celle du mésentère commun ; qu'ils n'ont d'ailleurs jamais vu se sou-

der à la paroi le long de la mésentérique supérieure. Au contraire, pendant que le côlon ascendant s'allonge, par suite de la descente du cæcum dans la fosse iliaque droite, la soudure se fait le long de son bord externe du péritoine pariétal, et lorsque ce processus est terminé, le mésentère commun se soude au

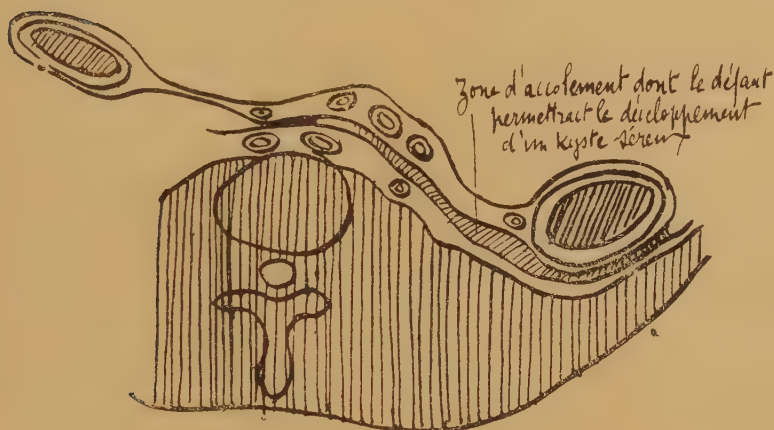


Fig. 2. — L'accrolement est terminé.
(D'après Ancel et Cavaillon)

péritoine pariétal, mais, *de dehors en dedans*, cet accrolement allant jusqu'au niveau de la mésentérique supérieure sans toutefois toujours l'atteindre ou s'y limiter. Si l'accrolement est total, il n'y a pas de méso; lorsqu'il existe pour *Ancel* et *Cavaillon*, il dépendrait d'un phénomène secondaire réalisé par des tractions du côlon sur le péritoine, mais ceci n'a plus rien à voir avec ce qui nous intéresse.

Quant au côlon descendant, il est appendu au mésentère terminal par un vrai méso qui disparaît

pendant la vie intra-utérine par accollement (et là les théories d'*Ancel* et *Cavaillon* s'accordent avec celles des classiques). Ils s'accordent en effet pour dire que la coalescence se fait de dedans en dehors et que le côlon se soude après le méso. Mais, d'après *Toldt*, cette soudure a lieu en deux points, d'abord à côté de la ligne médiane, puis au niveau du rein : entre ces deux bandes verticales persiste une petite faille qui ne se fermera que plus tard.

Tout ceci est important pour nous. On comprend la facilité d'une coalescence incomplète en un point, avec persistance de l'épithélium, la coalescence étant complète au contraire tout autour : dans le mésocôlon ascendant l'accolement progresse depuis la partie externe où il peut rester localisé, alors que toute la partie interne laisse ouverte une vaste cavité ; de même au niveau du mésocôlon descendant, entre les deux bandes verticales d'accolement, toute une partie peut rester non soudée. Ces débris épithéliaux peuvent être en ces deux points l'origine de kystes qui trouvent une place facile pour leur développement.

Il ne nous a pas semblé inutile de rappeler ces divers modes de développement et de montrer quels pouvaient être les résultats de leur évolution incomplète car c'est en somme sur la connaissance de cette évolution embryologique que reposent les hypothèses que nous exposerons au chapitre de la pathogénie.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE MACROSCOPIQUE. — Lorsqu'on ouvre l'abdomen, le kyste apparaît derrière le péritoine, et, sur sa face antérieure, cheminent les vaisseaux coliques. Les côlons sont refoulés latéralement, surtout le côlon ascendant, puisqu'il s'agit le plus souvent d'une tumeur occupant la fosse iliaque droite.

On intervient généralement par voie sous-péritonéale et l'énucléation du kyste se fait très aisément car un plan de clivage permet de le séparer de ce qui l'entoure. On peut dire que la plupart du temps il n'existe pas d'adhérences, que le décollement se pratique sans nécessiter aucune hémostase et que si, par exception, on trouve une petite zone adhérente, elle est en général très peu étendue et répond à de petits vaisseaux venus du mésocôlon. On ne trouve jamais de pédicule.

Les *parois de la loge* sont constituées en arrière par du tissu sous-péritonéal condensé, en haut par le

rein, en avant par le mésocôlon et les côlons droit ou gauche que la tumeur avait repoussés en dehors.

Le kyste, plus ou moins gros, peut parfois renfermer plusieurs litres de liquide (dans ces cas-là on est obligé de le vider au préalable par aspiration). Mais si la tumeur est de volume moyen on l'enlève facilement sans l'ouvrir : elle apparaît alors comme une poche tendue, lisse, régulière, presque translucide, elle est tremblotante, et à travers sa paroi, le plus souvent assez fine, on peut voir la teinte légèrement citrine du liquide qui est clair, s'il s'agit d'un kyste récent.

D'autres fois, la paroi plus épaisse est gris-bleuté et à peu près opaque; on ne peut plus y voir cheminer le réseau de fines mailles vasculaires qui apparaissait dans la paroi fine des kystes jeunes. Lorsqu'on incise le kyste on peut examiner alors sa face interne qui est luisante, unie, nacrée, dans les tumeurs récentes, mais apparaît noirâtre, lamelleuse et rugueuse au toucher, si son origine est plus ancienne. L'épaisseur très variable oscille entre 2 et 8 millimètres. La poche est unique, sans division ni cloisonnement. La teinte du liquide varie du jaune clair au brun noirâtre : il s'agit de sérosité nette, non visqueuse où l'on a pu signaler la présence de paillettes de cholestérine. On n'a pas pratiqué d'examen bactériologique ni d'inoculation au cobaye, mais les examens chimiques ont montré qu'il existait un peu d'albumine et de chlorure de sodium.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — La paroi comporte trois

couches : une mince couche celluleuse externe à noyaux rares; une couche moyenne plus épaisse, fibreuse, renfermant des fibres lisses : c'est dans son épaisseur que cheminent les vaisseaux sanguins et les éléments lymphatiques; la couche interne enfin, exige une préparation spéciale, elle ne peut être vue qu'après nitratisation, elle est constituée par un endothélium aplati comparable à celui du péritoine.

EVOLUTION ANATOMIQUE. — Le kyste se développe très lentement, il tend à se placer en situation médiane, refoulant autour de lui l'intestin, petit à petit, sans le comprimer. Certains auteurs ont cru qu'à l'intérieur du kyste, des lymphatiques ou des vaisseaux pouvaient se rompre, transformant le kyste séreux en un kyste chyleux ou sanguin. Cette rupture serait d'ailleurs faite à bas bruit et ne pourrait être décelée qu'à l'intervention. Mais il ne s'agit là que de pures hypothèses très contestées. Quant aux autres accidents : torsion ou infection, nous avons déjà vu à l'étude clinique que personne encore ne les avait signalés.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Bien que les kystes des mésocôlons accolés soient connus depuis longtemps, leur pathogénie, jusqu'à ces dernières années, était restée extrêmement obscure. A vrai dire, souvent, on s'en préoccupait assez peu, car on les englobait dans les autres kystes du mésentère sans les en isoler nettement; d'autres fois, au cours d'une étude, on trouvait une ébauche d'explication hâtive. De très anciennes théories les ont primitivement rattachés aux kystes hydatiques. Ces théories, complètement désuètes et abandonnées ne méritent même plus une discussion. Mais nous avons vu, au cours de notre étude, qu'à certaines périodes ces kystes furent englobés parmi les kystes lymphatiques et on disait alors, pour expliquer leur origine, que c'étaient des lymphangiomes kystiques. On en était encore à cette explication lorsque *Cunéo* la battit en brèche en faisant remarquer qu'un lymphangiome,

de par sa définition même, était à peu près constamment multiloculaire.

Les kystes séreux au contraire sont toujours uniloculaires; ils sont toujours aussi rétropéritonéaux, or s'ils étaient vraiment des lymphangiomes, ce n'est pas derrière le péritoine qu'ils devraient siéger mais bien dans l'épaisseur même du méso contre les vaisseaux lymphatiques dont ils seraient l'émanation directe.

C'est ainsi qu'après avoir controversés la théorie longtemps soutenue du lymphangiome kystique, *Druchert*, puis *Cunéo*, proposèrent, pour les kystes séreux des mésocôlons, une explication entièrement nouvelle qui nous semble satisfaisante. Pour eux, il s'agirait de kystes par défaut d'accolement développés à la faveur d'une persistance de certains débris endothéliaux après la soudure du mésentère primitif avec le péritoine pariétal postérieur: ce serait donc des kystes d'origine péritonéale.

Ces auteurs donnent à l'appui de leur théorie de nombreux arguments; en effet on rencontre ces kystes dans des régions où le péritoine subit un processus d'accolement et où, d'autre part, au cours de la soudure des feuilletts péritonéaux se produisent de nombreuses malformations (diverticules ou fossettes). Si nous cherchons d'autre part à constater ce qui se passe en d'autres régions où le péritoine de même subit des processus de coalescence ou de résorption, par exemple au niveau du conduit péritonéo-vaginal, nous voyons que très souvent de semblables accidents se

rencontrent et qu'on y peut trouver des formations kystiques.

Cunéo signale d'autre part qu'il a rencontré sur deux cadavres d'enfants âgés de moins d'un mois, en arrière du mésocôlon ascendant, une poche séreuse isolée de la cavité péritonéale. Si nous regardons de plus les résultats de l'examen histologique, nous voyons que la poche kystique possède un endothélium en tous points analogue à l'endothélium péritonéal. Enfin, même opératoirement, cette théorie semble logique puisqu'il suffit de réaliser le décollement des feuillets pariétaux c'est-à-dire de reproduire le dispositif initial pour permettre à la tumeur de s'énuccléer très aisément.

L'interprétation de *Drucbert* et *Cunéo* nous apparaît donc extrêmement satisfaisante.

La plupart des auteurs s'y sont ralliés; mais *Cunéo* va plus loin, pour lui tous les kystes séreux des mésocôlons sont des kystes par défaut d'accolement; les kystes chyleux et les kystes hématiques se rattacheraient de même à cette classe et la nature de leur contenu aurait été changé par une rupture, à l'intérieur de la poche, de chylifères ou de vaisseaux sanguins. Il nous semble que c'est peut-être un peu trop étendre le cadre des kystes séreux et nous préférons adopter les quelques restrictions qu'apportent, sur ce point, *Proust* et *Monod* qui, par ailleurs, adoptent complètement les vues de *Cunéo*. Ils pensent que l'on a pu rattacher aux kystes séreux, et ceci à tort « des kystes Wolffiens à contenu clair et des kystes lymphatiques à contenu également clair ». En admet-

tant qu'un kyste séreux, lorsqu'il est ancien, puisse présenter des altérations pariétales analogues à la pachyvaginalite, altérations susceptibles de rendre hématique son contenu clair, il est difficile d'admettre qu'un kyste, de séreux qu'il était, devienne chyleux par la rupture d'un chylofère. Il paraît plus logique de penser, avec *Proust* et *Monod*, que les kystes chyleux sont une formation spéciale de véritables lymphangiomes kystiques du mésentère qui sont, eux, multiloculaires, et cette classe apparaît bien différente des véritables kystes séreux rétropéritonéaux. Ces derniers, nous le voyons, ont une individualité clinique, histologique et opératoire, et nous devons à *Drucbert* et à *Cunéo* d'avoir mis aussi, et très nettement, en évidence leur individualité pathogénique dans une théorie qui semble actuellement devoir être adoptée.

CHAPITRE VI

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Tandis que dans beaucoup d'affections il est aisé de décrire des symptômes fonctionnels et physiques assez caractéristiques pour imposer le diagnostic, les kystes des mésocôlons ont au contraire une symptomatologie très réduite et presque toute d'emprunt qui peut égarer souvent le clinicien mais qui, tout au moins, ne lui permet pas en général un diagnostic précis. Souvent en effet, nous le verrons, jusqu'à ce que l'intervention ait levé les doutes, il est difficile de rapporter la tumeur que l'on constate à sa véritable origine.

Les notions étiologiques relevées sont peu nettes : la tumeur semble se développer de préférence chez les femmes. Souvent on note un accouchement antérieur, ordinairement il s'agit d'adultes : mais une de nos observations concerne une fillette de 3 ans.

SYMPTOMES. — *La symptomatologie fonctionnelle* n'est pas extrêmement riche. Parfois, la malade se présente, inquiétée seulement par le développement anormal de son abdomen, alors qu'elle n'a jusque-là ressenti aucune douleur ni aucune gêne (*Observation I*). Seuls, parmi les troubles fonctionnels, les symptômes intestinaux semblent prendre une certaine importance : une malade avait des crises douloureuses, assez semblables à celles de l'entéro-colite, d'autres se plaignaient de constipation. Certaines fois, on peut voir survenir des crises douloureuses se présentant sous forme de douleurs en barre. Chez l'une des malades dont nous citons l'*observation (IV)*, ces douleurs survenaient quand la patiente était debout pour cesser dans le décubitus ventral ou latéral droit, le décubitus dorsal, au contraire, les exagérât.

Tels sont les seuls symptômes fonctionnels que l'on puisse signaler. On ne rapporte dans aucune observation l'existence de troubles de compression, comme il en existe fréquemment dans les kystes ovariens. Les symptômes généraux sont encore plus rares. Les malades continuent leur existence normale et nous ne voyons signaler l'amaigrissement et la perte des forces que dans un seul cas (*Watts*) où la maladie évoluait depuis longtemps déjà.

C'est pourquoi, le plus souvent, les signes physiques dominant nettement le tableau, et ce sont eux qui amènent les malades chez le médecin, parce que depuis longtemps déjà ils ont été frappés par l'accroissement plus ou moins rapide de leur abdomen.

Dans la plupart des cas, initialement du moins, la

tumeur débute au niveau de la fosse iliaque droite. Elle peut y demeurer si son accroissement n'est pas très rapide, mais, si l'examen porte sur un sujet ayant consulté tardivement, on constate qu'elle s'étend vers la ligne médiane que souvent même elle dépasse, allant déborder sur la fosse iliaque gauche, où d'ailleurs elle peut prendre naissance, beaucoup plus rarement, il faut l'avouer.

Le *volume* du kyste est extrêmement variable; il dépend à la fois de son ancienneté et de la rapidité de son développement. Souvent, lorsque la masse n'a pas dépassé la fosse iliaque droite, elle atteint à peine le volume d'un poing; d'autres fois, au contraire, il s'agit d'un kyste volumineux, remplissant presque tout l'abdomen, remontant même jusqu'à l'appendice xyphoïde. Mais on ne signale cependant pas l'existence de tumeurs aussi volumineuses que certains kystes ovariens vus à une période tardive.

Examen. — L'inspection montre qu'à la surface la peau est normale et l'on n'y rencontre pas de circulation complémentaire.

Par la palpation, on délimite les contours de la tumeur et l'on apprécie ses dimensions. On constate ainsi qu'il s'agit d'une masse régulièrement arrondie et lisse qui donne, tantôt la sensation d'une assez grande tension du liquide (elle est alors rénitente, presque dure); d'autres fois, au contraire, le liquide semble moins tendu et l'on met assez nettement en évidence, la fluctuation.

En aucun cas cette palpation n'est douloureuse et

l'on mobilise facilement la tumeur qui, d'ailleurs, d'autre part, suit le rythme respiratoire.

La percussion n'a rien de caractéristique : la tumeur est mate, autour d'elle l'intestin est sonore ; on signale dans un cas une zone de sonorité antérieure. Le contact lombaire recherché n'a pas été trouvé, sauf dans un cas.

Quant au toucher, imposé par les soupçons de kyste ovarien, il est chaque fois négatif et montre que l'utérus est parfaitement indépendant de la tumeur. On a pu faire d'autres examens : c'est ainsi que certains malades ont subi sans résultat le cathétérisme urétéral et la cystoscopie ; quant à la radioscopie elle ne peut fournir aucun apport diagnostique.

Rien n'est plus simple que l'évolution de ces kystes.

La tumeur tend à s'accroître progressivement jusqu'à ce que son volume même incommode la malade et l'amène à se faire opérer, mais cette évolution se poursuit simplement sans aucun des accidents si communs aux kystes de l'ovaire : les hémorragies intrakystiques, la rupture, l'infection.

Dorra décrivait des accidents d'occlusion intestinale dans les tumeurs du mésentère, mais on ne rapporte rien de semblable dans les kystes des méso-côlons accolés. Peut-être est-ce en raison de la situation à peu près fixe de la tumeur, — immobilité due à son origine même, — et de son développement plutôt lent, qui ne lui permettent pas une torsion rendue impossible d'ailleurs par l'absence de pédicule ou

un déplacement brusque pouvant occasionner une compression.

En général la malade est opérée et on ne signale pas d'accidents consécutifs. La guérison survient rapidement. Il n'y a pas récurrence. Un seul cas fait exception à la règle, la malade de *Watts* qui mourut de septicémie quatre jours après l'intervention. Mais il s'agit là d'un accident tout à fait indépendant de la nature même de l'intervention, et à l'époque où cet accident se produisit, il s'agissait là d'une chose fréquente, conditionnée par l'absence d'asepsie.

En résumé, nous voyons donc que si quelquefois les kystes du mésocolon se présentent sous une forme un peu plus bruyante, avec des crises douloureuses dominant nettement le tableau, il s'agit bien plus souvent encore d'une maladie à évolution silencieuse, progressant sans accidents susceptibles de troubler la vie des malades, et qui est seulement révélée par l'apparition et le développement d'une tumeur.

DIAGNOSTIC. — C'est donc devant la présence d'une tumeur localisée à la fosse iliaque droite, ou nettement abdominale, accompagnée ou non de douleurs, que le diagnostic va se poser.

Dire qu'il s'agit d'une masse liquide est chose généralement facile : il suffit de palper la tumeur, de sentir ses contours arrondis, d'apprécier sa rénitence ou sa fluctuation, pour se convaincre, dans la plupart des cas, qu'il ne s'agit pas d'une formation solide. La rapporter à son origine est chose bien plus délicate. Mais le problème se pose différemment suivant

qu'il s'agit d'une petite tumeur rétropéritonéale et latérale ou d'une grosse masse abdominale.

Lorsqu'on a affaire à un kyste siégeant dans la fosse iliaque droite, on peut coire à une lésion rénale (hydronéphrose sur rein mobile ou rein polykystique) ou à n'importe quelle autre sorte de kyste de la fosse iliaque droite. Pour les lésions rénales, des examens spéciaux les élimineront assez vite. Mais il est, pour ainsi dire, impossible d'affirmer qu'il ne s'agit pas de kystes lymphatiques, hydatiques (1) ou dermoïdes à siège rétropéritonéal, non plus que des tumeurs nées dans l'atmosphère celluleuse sous-rénale. On a bien pu, dans certains cas, penser à des tumeurs intestinales siégeant au niveau du cæcum ou de l'angle droit, voire même à des lésions hépatiques ou vésiculaires. Mais là le diagnostic est plus facile, il existe des symptômes fonctionnels en rapport avec la lésion, et la tumeur apparaît beaucoup plus nettement superficielle.

Lorsqu'il s'agit de volumineuses tumeurs à siège abdominal, on a pu penser à une grosse hydronéphrose, diagnostic facilement corrigé par les examens spéciaux, mais surtout à un kyste de l'ovaire. Là il n'est vraiment aucun symptôme qui permette de trancher la question, et, le plus souvent, c'est à ce dernier diagnostic qu'on s'est arrêté, en raison de sa beaucoup plus grande fréquence : l'intervention seule, alors, a permis de faire le diagnostic exact

(1) Rappelons à ce sujet que dans un cas, un kyste sérieux a pu donner les signes de frémissement hydatique rendant aussi l'erreur à peu près inévitable (Obs. VI).

qui, nous le voyons, en clinique, reste à peu près impossible.

Quant à connaître la nature même du kyste, il faut pour cela, l'ouverture de la tumeur et un examen histologique de sa paroi.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le seul traitement des kystes séreux des mésocôlons accolés est *l'exérèse chirurgicale* : en effet la ponction simple ou suivie d'une injection modificatrice, aveugle et parfois dangereuse, risquerait en tout cas d'être insuffisante et d'exposer à la récurrence. D'autre part, il suffit de lire les comptes rendus opératoires des observations que nous publions pour juger de la béginité de l'intervention, au moins dans les conditions d'asepsie actuellement réalisées. Tout kyste du mésocôlon ayant atteint un certain volume est donc justiciable, au moins en principe, de l'intervention ; et, dans la pratique, l'incertitude habituelle du diagnostic, si fréquente, vient apporter un argument supplémentaire en faveur d'une opération à la fois exploratrice et, s'il y a lieu, radicale.

Toutefois si les contre-indications opératoires sont rares, il est bien évident qu'ici comme ailleurs on peut rencontrer les habituelles conditions d'ordre géné-

ral (diabète grave, cachexie, tuberculose évolutive, etc...) qui s'opposent à toute intervention sérieuse. Mais ces cas sont rares, et il ne semble pas en dehors de ces conditions, qui seules pourraient justifier une ponction pour parer à un excès de volume du kyste, qu'il y ait lieu de discuter une autre décision que l'intervention chirurgicale.

Celle-ci décidée, quelle devra être la technique choisie pour arriver sur le kyste, quel traitement doit-on appliquer, la tumeur reconnue et abordée ? En principe, on a le choix entre deux voies d'accès : la laparotomie médiane ou latérale, suivie d'incision du mésocôlon (en ménageant les arcades coliques et la voie parapéritonéale antérieure. Outre le danger, minime aujourd'hui, de l'infection péritonéale, la première voie a le grand inconvénient de donner un jour étroit sur la tumeur; l'exérèse gênée par les vaisseaux coliques dont il faut à tout prix éviter la blessure, risque d'être pénible et parfois impossible; et plusieurs fois, dans ces conditions, on a dû se résoudre à une ablation incomplète de la poche et à une marsupialisation. « C'est pourquoi plusieurs auteurs reconnaissant, après la laparotomie, le siège rétromésocolique de la lésion, ont préféré se reporter en dehors du colon, inciser à ce niveau la séreuse, et par un décollement colopariétal pratiquer une dissection ainsi beaucoup plus aisée.

En face de la laparotomie se dresse la voie parapéritonéale antérieure: elle nous paraît être la voie de choix. Elle permet d'aborder la tumeur sans ouvrir la séreuse: après incision verticale ou oblique en

dehors des droits, il est facile de décoller le péritoine jusqu'au kyste, de refouler du côté opposé toute la masse intestinale protégée par la séreuse, et de pratiquer ainsi commodément et sans danger l'exérèse du kyste; celle-ci est en général facile, sa dissection rencontrant un plan de clivage net; aucune hémostasie n'est le plus souvent nécessaire.

Il est donc bien évident qu'en théorie, la voie par-péritonéale est celle qu'il faut adopter. Mais, en pratique, comment se présente l'intervention? Dans quelques rares cas, on a pu affirmer par l'examen le siège rétropéritonéal de la lésion: alors, sans aucun doute, il faut d'emblée faire l'incision latérale et le décollement de la séreuse. Mais, beaucoup plus souvent, nous l'avons dit, l'intervention est d'abord exploratrice; ou bien on intervient avec le diagnostic erroné de kyste ovarien: alors on a commencé par une laparotomie médiane, et c'est seulement après l'ouverture du péritoine que le diagnostic se précise. Que faut-il faire alors? Enlever la tumeur à travers le mésocolon (*Watts et Cavina*) ; faire le décollement colo-pariétal (*Cunéo*,) ou refermer le péritoine et se reporter dans le tissu sous-péritonéal pour faire l'extraction par cette voie. Notre préférence irait à cette dernière ligne de conduite qui permet de faire avec le maximum de sécurité, l'exérèse du kyste, sans être gêné par la masse intestinale dans sa dissection.

Existe-t-il enfin des cas où l'exérèse est impossible et où l'on doit se résoudre à la résection incomplète de la poche et à sa marsupialisation? Nous croyons que cette conduite doit être exceptionnelle, réservée

à des cas de difficulté opératoire spéciale de l'ordre de celle qu'a rencontré *Pélissier* en face d'un très volumineux kyste chez une enfant de trois ans.

CONCLUSIONS

I. — Il existe parmi les kystes dits du mésentère une catégorie de kystes séreux, moins étudiés que la plupart des autres, et qui siègent derrière les mésos accolés des colons ascendant et descendant dans l'espace retropéritonéal.

II. — Cliniquement ces tumeurs sont difficiles à diagnostiquer de façon absolument précise avant l'intervention; elles ont plutôt une symptomatologie d'emprunt, et c'est l'ouverture de l'abdomen qui, le plus souvent permet de les rattacher à leur véritable origine.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit d'une masse kystique retroperitonéale, non pédiculée, plus ou moins volumineuse, en général énucléable, contenant un liquide franchement séreux lorsque la tumeur est récente, et légèrement teinté

de brun par du sang s'il s'agit de tumeur ancienne — la poche est unique, sans cloisonnement.

Histologiquement, elle est constituée par du tissu fibreux revêtu d'un endothélium aplati.

IV. — Au point de vue pathogénique il semble s'agir de kystes par défaut d'accolement des mésocolons développés aux dépens de débris endothéliaux persistant après le processus d'accolement : ce serait donc des kystes d'origine péritonéale.

V. — Le traitement de choix consiste dans l'exérèse de la tumeur par voie parapéritonéale antérieure. C'est seulement en cas d'exérèse impossible qu'on se résoudra à marsupialiser le kyste.

Vu :

Le Président de la Thèse :

M. PATEL.

Vu :

Le Doyen :

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Novembre 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université :

JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

Nous limitons volontairement ces indications bibliographiques aux travaux dans lesquels il est question de kystes séreux rétromésocoliques : pour la bibliographie générale des kystes du mésentère, nous renvoyons au travail de *Proust* et *Monod*.

AUGAGNEUR. — *Thèse d'Agrégation*, 1886.

BAUER. — Ueber Mesenterialen und Retroperitoneale Cysten. *Beitrag z. Klin. Chir.*, 1910. T. LXX, p. 829.

BRAQUEHAYE. — Des kystes du mésentère. *Arch. générales de Médecine*, 1892. T. XXX, V. 2, p. 291.

CAVINA. — Sur un cas de kyste séreux rétropéritonéal. *Bulletins delle Scienze Mediche*. An. XLV. Janvier et février 1923.

CUNÉO. — Un cas de kyste dit du mésentère. *Archives générales de Médecine*, 1909, page 65.

DOWD. — Mesenteric Cyst. *Ann. Surg. Philad.*, 1915.

DRUCBERT. — Kystes séreux du mésentère (Lille). *Archives générales de chirurgie.*, février 1908. Tome I, page 141.

HAHN. — Ueber Mesenterialecysten. *Berliner Klin. Woch.*, 1887. Tome XXIV, N° 28, page 408.

MAUCLAIRE et COUBAND. — Tumeurs prévertébrales intramésentériques (kystes multiloculaires à épithélium cylindrique). *Bulletin et Mémoires. Société Anat. de Paris*, 1921. XCI., 288-290.

- MOYNIHAN. — Mesenteric Cyst. *Ann. of Surg.*, juillet 1897.
Tome XXVI, N° 1, page 1.
- PATEL. — Société de Chirurgie de Lyon, juin 1925. (*Lyon Chirurgical* 1925, sous presse.)
- 34° Congrès Français de Chirurgie, octobre 1925.
Paris.
- PELISSIER (G.). — *Bulletin Société Anatomique* de 1920.
- PROUST et MONOD. — Contribution à l'étude des kystes du
mésentère et spécialement des kystes chyleux. *Revue
de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Paris,
1912. XIX. De 225 à 270.
- WATTS. — Cyst of the mesocolon (*The American Journal of
Obstetric Indiseases of Women and Children*). Volume
XII., page 333. 1879.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Observations.....	15
CHAPITRE III. — Rappel Anatomique et Embryologique	28
CHAPITRE IV. — Anatomie Pathologique.....	33
CHAPITRE V. — Pathogénie.....	36
CHAPITRE VI. — Symptômes et Diagnostic	40
CHAPITRE VII. — Traitement.. . . .	47
CONCLUSIONS.....	51
BIBLIOGRAPHIE	53

